

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/15 vom 7. April 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2013_15

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/15 du 7 avril 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/15 del 7 aprile 2015

Regeste

Invalidität, Art. 8 Abs. 1 ATSG: Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung, eines chronifizierten Schmerzsyndroms und rezidivierender depressiver Störungen wechselnden Grades. Abstellen auf ein rund zwei Jahre vor der angefochtenen Verfügung erstattetes MEDAS-Gutachten. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. April 2015, IV 2013/15).

Erwägungen

E. 1

Die angefochtene Verfügung hat ausschliesslich den Rentenanspruch zum Gegenstand, auch wenn im Dispositiv das "Leistungsbegehren" abgewiesen wird (IV-act. 165). Allfällige Ansprüche auf medizinische oder berufliche Massnahmen bilden somit nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

E. 2

2.1 Unter Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zu verstehen. Dabei bedeutet Erwerbsunfähigkeit der durch die Beeinträchtigung der Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). 2.2 Der Invaliditätsgrad wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt; er bestimmt sich aus dem Verhältnis zwischen dem Einkommen, welches die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann oder könnte (dem so genannten zumutbaren Invalideneinkommen) und dem Einkommen, welches die betroffene Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (dem so genannten Valideneinkommen). Fehlt es an konkreten Einkommensverhältnissen, wird auf Tabellenlöhne abgestellt. 2.3 Beträgt der Invaliditätsgrad mindestens 70 %, hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Invalidenrente; bei einem Invaliditätsgrad von 60 % bis 69 % richtet die IV eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 59 % eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von wenigstens 40 % eine Viertelsrente aus (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]).

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin

ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). 3.2 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3 b/aa). Vom MEDAS erstellte Administrativgutachten sind voll beweiswertig, sofern nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichtes vom 29. Oktober 2014, 9C_49/2014 E. 4.1 mit Hinweisen auf BGE 125 V 353 E. 3b/bb und 137 V 236 E. 2.3). Sie sind mithin in ihrem Beweiswert den Gerichtsgutachten gleichgestellt. 3.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, N 62 zu Art. 61).

E. 4

4.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob in angepasster Tätigkeit eine volle beziehungsweise eine 80 %ige oder aber gar keine Arbeitsfähigkeit besteht. Insbesondere stellen sich die Fragen, inwieweit auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 abzustellen ist, und ob die aufgrund der Schmerzen gestellten Diagnosen invalidisierend sind. 4.2 Im MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 wurden dem Beschwerdeführer unter anderem eine depressive Störung, derzeit leichten Grades, ein generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom sowie eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (IV-act. 97-10 f.). Die Gutachter gelangten zum Schluss, die früher ausgeübte Tätigkeit als ungelernter Bauarbeiter sei weiterhin nicht zumutbar. In adaptierter Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 %, weil der Beschwerdeführer aufgrund der subjektiv empfundenen Schmerzen mehr Pausen bzw. längere Erholungsphasen brauche (IV-act. 97-12 f.). Dr. C.____ berichtete am 21. August 2012 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode. Es bestehe sowohl in der angestammten als auch in angepasster Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 150-3 f.). Dr. F.____, RAD, befand, eine arbeitsfähigkeitsrelevante

Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten sei damit nicht nachgewiesen und folglich könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 151). 4.3 Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden, da sich sein Gesundheitszustand seit der Begutachtung wesentlich verschlechtert habe. Es sei mithin auf die von ihm eingereichten seitherigen Berichte - namentlich denjenigen vom 21. August 2012 von Dr. C.____ - abzustellen, oder aber eine erneute Begutachtung zu veranlassen. 4.4 Das MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 erweist sich als schlüssig und nachvollziehbar; es beruht auf Untersuchungen des Beschwerdeführers und berücksichtigt die von ihm angegebenen Beschwerden sowie die massgeblichen Akten. Der psychiatrische Consiliargutachter, Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob eine umfassende Anamnese (IV-act. 97-17 ff.). Die Befunde gründen auf eigenen Beobachtungen und auf Fragebogen (Testuntersuchungen) (IV-act. 97-21 f.). In der Beurteilung setzt er sich mit der Untersuchung durch den RAD vom 27. Juni 2007 auseinander und beschreibt die seitherige Entwicklung, insbesondere das Übergehen der Anpassungsstörung in eine depressive Störung und das Auftreten narzisstischer Züge in der Persönlichkeitsstruktur (IV-act. 97-23). Nachvollziehbar erscheinen auch sein Schluss vom Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung und der laborchemisch festgestellten teilweisen Nichteinnahme der verschriebenen Medikamente in Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie seine Beurteilung hinsichtlich entsprechender invalidisierender Faktoren (IV-act. 97-22 ff.). Das Hauptgutachten stützt sich ebenfalls auf die vorhandenen Akten, eine ausführliche Anamnese und auf eine an zwei Tagen durchgeführte Untersuchung (IV-act. 97-1 ff.). Es bezieht die vorhandenen Akten in die Beurteilung ein und beantwortet die Gutachterfragen schlüssig (IV-act. 97-11 f.). Es ist daher darüber zu befinden, ob auch in Berücksichtigung des Zeitablaufs bis zur Verfügung vom 6. Dezember 2012 darauf abgestellt werden kann. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass der Sachverhalt im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) massgebend ist. Der Zeitablauf seit Erstattung des Gutachtens steht dessen Relevanz nicht von vornherein entgegen. Es ist somit im Folgenden anhand der Akten zu beurteilen, ob ausreichend Anhaltspunkte dafür bestehen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen der Begutachtung im Oktober 2010 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung in relevanter Weise verschlechtert hat.

E. 4.5

4.5.1 Anlässlich seiner Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums G.____ im November/Dezember 2011 wurden dem Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert. Beim Eintritt habe der Beschwerdeführer sehr zurückhaltend und teilweise dysphorisch, im Affekt tendenziell depressiv verschoben, im Antrieb unauffällig gewirkt. Psychomotorisch sei er unauffällig bzw. eher verlangsamt und teilweise unruhig gewesen aufgrund von durch den Körper wandernden Schmerzen. Es habe keine Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Wegen der bekannten Schmerzen sei es immer wieder zu Fehltagen gekommen, so dass der Beschwerdeführer von den knapp drei Wochen Aufenthalt in der Tagesklinik nahezu die Hälfte gefehlt habe. Aufgrund der geringen Anwesenheit sei es ihm schwer gefallen, sich in den tagesklinischen Alltag sowie die Patientengruppe zu integrieren. Während seiner Anwesenheit sei er durch seine Schmerzen so beeinträchtigt gewesen, dass er sehr viele Pausen benötigt habe oder nur passiv an den Therapiesitzungen teilnehmen könne.

Der Beschwerdeführer habe am 15. Dezember (2011) die tagesklinische Behandlung vorzeitig abgebrochen. Aufgrund der vielen Schmerzen habe er am Behandlungsprogramm nicht teilnehmen können (IV-act. 124).

4.5.2 Am Muskelzentrum/ALS clinic des Kantonsspitals St. Gallen erhielt der Beschwerdeführer am 18. Januar 2012 die Diagnose eines schweren chronifizierten Schmerzsyndroms (ICD-10 R52.2). Anamnestisch wurde festgehalten, nachdem die Schmerzen zunächst mit "Spritzen" behandelt worden seien, seien sie etwa 2004 in der Schulter erneut aufgetreten, dann im rechten Arm. Heute leide er am ganzen Körper, insbesondere in den Gelenken, an Schmerzen. Seit Oktober 2005 könne er nicht mehr arbeiten. Der Beschwerdeführer sei 2006/2007 während fünf Monaten in der psychiatrischen Abteilung B.____ und während mehrerer Wochen in der Abteilung I.____ stationär behandelt worden. Beurteilend wurde vermerkt, es bestehe ein stark chronifiziertes Schmerzsyndrom, das den ganzen Körper betreffe. Möglicherweise bestünden eine gewisse Radikulopathie und eine zervikale spinale Enge als somatische Korrelate als Ausgangspunkt für das chronifizierte Schmerzsyndrom. Nach mehrjährigen Therapieversuchen hätten die Schmerzen selbst nicht durchbrochen werden können. Aktuell bestehe eine sehr weit ausgebaute medikamentöse Therapie mit mehreren zentralwirksamen Medikamenten (IV-act. 123). Ein MRT vom 2. Februar 2012 zeigte eine moderate Spondylose der LWS, eine leichtgradige Spondylarthrose L3-S1, eine neural nicht kompromittierende flachbogige Diskusprotusion L5/S1 und L4/5 sowie eine moderate Spondylose TH10-TH12 (IV-act. 132). Eine zervikovertebrale Kernspintomographie am 3. Februar 2012 machte eine mässige Spondylose C5-C7 sowie eine kleinvolumige rechts lateral und rechts foraminal reichende Diskushernie C6/7 mit möglicher Irritation der Wurzel C7 rechts sichtbar (IV-act. 129). Dr. med. C.____, Facharzt für Neurochirurgie, stellte am 14. März 2012 fest, dass insgesamt die Veränderungen leicht progredient seien; die Bandscheibenprotrusion C6/7 sei zum Teil resorbiert, dafür seien die Veränderungen bei C3/4 deutlicher zu sehen (IV-act. 141).

4.5.3 Am 17. April 2012 vermerkte die Eingliederungsverantwortliche in ihrem Schlussbericht, subjektiv sehe sich der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (IV-act. 140-1).

4.5.4 Dr. E.____ beurteilte am 12. Juli 2012 den Gesundheitszustand als stationär. Der Versicherte sei aufgrund seiner multiplen Krankheiten für jegliche Tätigkeiten 100% arbeitsunfähig. Es seien ihm weder die bisherige noch andere Tätigkeiten zumutbar (IV-act. 148). Dr. C.____ berichtete am 21. August 2012 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10:F33.2). Die somatoforme Schmerzstörung habe sich soweit verschlechtert, dass der Beschwerdeführer nunmehr eine vita minima lebe. Er werde von Schmerzen tags und nachts geplagt, fühle sich inzwischen vollkommen nutzlos mit massivem Verlust des Selbstwertgefühls. Er könne seit Oktober 2005 nicht mehr arbeiten, alle Therapieversuche mit verschiedenen Schmerzmitteln und Antidepressiva hätten keine Besserung seines Zustandes gebracht. Es handle sich um eine schwere chronische Krankheit, die von entsprechenden psychosozialen Problemen begleitet werde (IV-act. 150-1).

E. 4.6

4.6.1 In den während des fraglichen Zeitraums entstandenen Berichten wurden beim Beschwerdeführer keine wesentlichen neuen Diagnosen gestellt; vielmehr ziehen sich die somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise das chronifizierte Schmerzsyndrom einerseits und die in ihrer Schwere wechselnd verlaufenden depressiven Episoden andererseits durch den gesamten Aktenverlauf. Zu prüfen ist daher, ob die durch die diagnostizierten Krankheiten verursachten Beschwerden - wie vom Beschwerdeführer

geltend gemacht - wesentlich zugenommen haben. Ein entsprechender Anhaltspunkt kann den verschriebenen Medikamenten entnommen werden: Anlässlich des psychiatrischen Konsiliums vom 27. Oktober 2010 im Rahmen der MEDAS-Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, er nehme täglich 60 mg des Medikamentes Cymbalta ein (ein Antidepressivum mit dem Wirkstoff Duloxetin; vgl. dazu und zu den übrigen Medikamenten: www.compendium.ch) (IV-act. 97-4, 97-18). In den Berichten der Tagesklinik des psychiatrischen Zentrums G. ___ vom 9. Januar 2012 und des Kantonsspitals St.Gallen vom 19. Januar 2012 ist dieselbe Dosis aufgeführt (IV-act. 126-2; IV-act. 123-2). Vom Medikament Seroquel (Wirkstoff Quetiapin, ein Psychopharmakum) sind jeweils 100 mg, 50 mg und dann wieder 100 mg aufgeführt (IV-act. 97-4, 97-18, 126-2, 123-2). Vom Arzneimittel Trittico (Wirkstoff Trazodon, ein Antidepressivum) nahm der Beschwerdeführer nach eigener (uneinheitlicher) Aussage im Oktober 2010 morgens 100 mg und abends 300 mg ein (IV-act. 97-4, 97-18); in den Berichten vom Januar 2012 ist jeweils eine abendliche Einnahme von 100 mg vermerkt (IV-act. 126-2, 123-2). Sodann ist im MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 und im Bericht vom 19. Januar 2012 die Einnahme von zweimal 500 mg Proxen (Wirkstoff Naproxen, ein Rheumamittel) angegeben (IV-act. 97-4, 123-2). Beim Arzneimittel Lyrika (Wirkstoff Pregabalin, u.a. ein Schmerzmittel) wurde die tägliche Dosis von 450 mg auf 225 mg bzw. 300 mg reduziert (IV-act. 97-4, 126-2, 123-2). In den Berichten vom Januar 2012 nicht mehr aufgelistet ist das im Gutachten noch erwähnte Schmerzmittel Diclofenac (ein Rheumamittel, IV-act. 97-4). Die weiteren aufgeführten Arzneien (Antra, Esomep, Blopess, Bilol, Inegy, Bisoprol (richtig: Bisoprolol) (vgl. IV-act. 97-4, 126-2, 123-2) dienen der Behandlung des Refluxes, des Bluthochdrucks und des erhöhten Cholesterinspiegels und sind im vorliegenden Zusammenhang daher nicht von Belang. Es ist folglich nicht ausgewiesen, dass dem Beschwerdeführer im fraglichen Zeitraum zusätzliche Schmerzmittel oder Psychopharmaka oder höhere Dosen davon hätten verabreicht werden müssen. In diesem Zusammenhang ist ferner darauf hinzuweisen, dass die tatsächliche Einnahme der Medikamente gemäss MEDAS-Gutachten laborchemisch teilweise nicht nachgewiesen und daher bezweifelt wurde (IV-act. 97-8, 9, 13, 23); dies wirft die Frage auf, ob die betreffenden Medikamente bzw. die verschriebenen Dosen im subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers überhaupt notwendig waren. Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer im Laufe der Zeit seine Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme gesteigert hätte, bestehen im Übrigen nicht. 4.6.2

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich in den Akten keine diagnostischen oder klinisch bzw. befundmässig fassbaren Hinweise finden, welche in objektiver Weise belegen oder auch nur plausibel erscheinen lassen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Nachgang zur Begutachtung (Gutachten vom 28. Dezember 2010) wesentlich verschlechtert hätte. Nicht zuletzt die Medikamenteneinnahme und die Äusserung des Beschwerdeführers im April 2012 gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen (vgl. Erwägung 4.5.3) zeigen, dass zumindest eine dauerhafte Zunahme der Schmerzen und/oder der Depression nicht bewiesen ist. Auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 kann daher nach wie vor abgestellt werden.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer erzielte als Bauarbeiter im Jahre 2004 ein tatsächliches Einkommen von Fr. 59'160.-- (IV-act. 6; 10-2). Teuerungsbereinigt beläuft sich der effektive Jahreslohn auf Fr. 65'540.30 (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung [LE] 2013 T 39, Index Männer 2004: 1975; Index Männer 2012: 2188). Demgegenüber beträgt

der entsprechende Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) 2012 Fr. 5'430.-- (TA1, Baugewerbe, Kompetenzniveau 1 Männer). Hochgerechnet auf 41.5 Wochenstunden und 12 Monate beläuft sich der Tabellenlohn auf Fr. 67'603.50. Damit erweist sich das massgebliche tatsächliche Einkommen als unterdurchschnittlich.

5.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand durch Heraufsetzung des Valideneinkommens oder durch eine entsprechende Herabsetzung des Invalideneinkommens Rechnung zu tragen (Parallelisierung der Einkommen; BGE 135 V 297 E. 5.1 mit weiteren Verweisen). Gemäss der Rechtsprechung ist zu parallelisieren, wenn das tatsächliche Einkommen mindestens 5 % unter dem Durchschnittswert liegt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2), und die Anpassung ist in dem Masse vorzunehmen, als die Differenz zum Durchschnittseinkommen 5 % überschreitet (BGE 135 V 297 E. 6.1.3). Vorliegend erreicht das Ausmass der Unterdurchschnittlichkeit den relevanten Wert von 5 % nicht, weshalb nicht zu parallelisieren ist und das massgebliche Valideneinkommen Fr. 65'540.30 beträgt (Basis 2012). 5.3 Für das Invalideneinkommen ist vom Tabellenlohn TA1 für allgemeine Hilfsarbeiten gemäss LSE 2012 Männer Kompetenzniveau 1 auszugehen. Dieser beträgt Fr. 5'210.-- und hochgerechnet auf 41,7 Wochenstunden und 12 Monate Fr. 65'177.10. Dies entspricht dem Invalideneinkommen bei voller Arbeitsfähigkeit ohne Tabellenlohnabzug. Bei einer gemäss MEDAS-Gutachten anzunehmenden Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt sich ein Einkommen von Fr. 52'142.-- (0.8 x Fr. 65'177.--).

E. 5.4

5.4.1 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit weiteren Verweisen). 5.4.2 Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seit rund zehn Jahren nicht mehr arbeitstätig war. Sodann dürfte sich sein Alter lohnmindernd auswirken. Nicht massgeblich in Betracht fällt jedoch der ausländerrechtliche Status, reiste der Beschwerdeführer doch gemäss eigenen Angaben am 15. März 1992 in die Schweiz ein (IV-act. 1-3) und verfügt über die Niederlassungsbewilligung (IV-act. 2-1). Die Zubilligung des maximalen Tabellenlohnabzuges von 25 % erscheint unter den gegebenen Umständen nicht gerechtfertigt. Die exakte Festsetzung des Tabellenlohnabzuges kann vorliegend unterbleiben, wie sich nachfolgend ergibt. 5.5 Würde man einen Tabellenlohnabzug von 20 % anerkennen, würde ein Invalideneinkommen von Fr. 41'713.-- (x Fr. 65'177.-- x 0,8 x 0,8) resultieren, womit der Invaliditätsgrad lediglich 36 % erreichen würde. Damit liegt er jedenfalls unter der rentenbegründenden Schwelle von 40%. Es kann somit offen bleiben,

ob die von der MEDAS diagnostizierten psychischen Leiden im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung invalidisierend sind oder ob, wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vorbringt (act. G 5-3), von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

E. 6

Der unterliegende Beschwerdeführer hat die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist er allerdings von der Bezahlung dieser Gebühr zu befreien. Der Staat hat seinen Rechtsvertreter zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung mit 80 Prozent des angesichts des durchschnittlichen Vertretungsaufwandes pauschal auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzenden Honorars, folglich mit Fr. 2'800.--, zu entschädigen. Sollten es die wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird zufolge unentgeltlicher Prozessführung von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat hat dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung eine Entschädigung von Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.